Item 337 - Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte.

Résumé

Objectifs CNCI

- Diagnostiquer un malaise, une perte de connaissance, une crise comitiale chez l'adulte.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge pré-hospitalière et hospitalière (posologies).

Recommandations

- Polycopié National: Collège des Enseignants de Surveillance des porteurs de valves et de prothèses vasculaires - item 150 (anciennement item 105)- 2009(2016)
- Polycopié National : Surveillance des porteurs de valves et de prothèses vasculaires - item 150 (anciennement item 105)- 20095)

Mots-clés	A savoir
• Syncope: hypoperfusion cérébrale (3) • Hypotension orthostatique • Syncope vaso-vagale • Cardio: TdC / TdR / IDM / RAo / EP • Non syncopal = 3 (épilepsie / hypoG / TC) • Confusion post-critique • PA aux 2 bras couché/debout • Auscultation: souffle (TSA) • Test d'inclinaison (vaso-vagal)	• Causes syncopales (cardiaque, hTO, vaso-vagal) = hypoperfusion cérébrale transitoire • et causes non syncopales (épilepsie, hypoglycémie, TC, pseudo-crise épileptique) • Facteurs déclenchants • Prise médicamenteuse • Glycémie capillaire / veineuse • ECG (+/- holter ou ETT) • Troponine si FdR CV • TDM cérébrale si trauma

Généralités

Définitions

- Malaise : terme vague et général
- Perte de connaissance (PC) : perte de conscience (et de contact) spontanée et entièrement réversible
- Syncope : PC + hypotonie + début rapide + spontanément régressif
- Lipothymie : syncope incomplète
- Coma : PC prolongée et durable (non réversible aux stimulis extérieurs)

Etiologies

Syncopes

- Physiopathologie = hypoperfusion cérébrale transitoire : PAS < 60 mmHg, 6s d'arrêt débit cardiaque
- Causes mécaniques :
  - RAo
  - CMH obstructive
  - EP, HTAP sévère
  - Tamponnade
  - Thromboses valves...
- Causes électriques :
  - Troubles du rythme (TV+++) (cf item 235)
  - Troubles de conduction (cf item 234)
    - Pauses sinusales, bradycardie sinusale
    - BSA2 et BAV2 de haut degré
    - BSA3 et BAV3
- Hypotension +/- bradycardie sinusale paradoxale :
  - Hypotension orthostatique
    - Iatrogène +++ : anti-HTA, NL, tricyclique, antiparkinsonien, BB-
    - Hypovolémie, anémie
    - Post-prandial : Test hTO positif à 2h PP
    - Dysautonomie (rare) = hTO asympathicotonique (= sans augmentation réactionnelle de la FC) :
      - Diabète
      - Amylose
      - Syndrome de Guillain-Barré
      - Atrophie multi-systématisée
      - Maladie de Parkinson idiopathique avancée...
  - Hypotension "situationnelle" ou vaso-vagale
    - Vaso-vagale +++ = "neurocardiogénique", "à médiation neurale"
      - Circonstances émotionnelles, prodromes +++
      - Asthénie pendant qq h après
    - "Situationnelle" : stimulation sino-carotidienne, tussive, mictionnelle

Pertes de connaissance non syncopales

- Crise comitiale (cf Épilepsie de l'enfant et de l'adulte.03)
  - Etiologies générales
    - Toxiques : alcool ++ / médicaments ++ / drogues
    - Métaboliques : hypoglycémie ++ / troubles hydro-électrolytiques / IRC ou IHC
  - Etiologies cérébrales
    - Infectieuses : méningite / encéphalite / abcès
    - Tumorales : tumeurs hémisphériques (gliomes, méningiomes, métastases)
    - Vasculaires : AVC ischémiques / hématome / thrombophlébite / HSA
    - Traumatiques : trauma récent ou ancien
- Hypoglycémie (cf Hypoglycémie chez l'adulte et l'enfant)
  - NB : jamais syncopale *(jamais de retour spontané complet à la normale)*
  - Hypoglycémies iatrogènes/toxiques
    - Traitement antidiabétique : sulfamides et insuline +++
    - Alcool ++ chez un sujet non diabétique

        - Médicaments : quinine / BB à forte doses
    - Hypoglycémies organiques
        - Avec hyperinsulinisme : insulinome
        - Sans hyperinsulinisme : IHC sévère / ISA ou corticotrope
    - !! Remarque: hypoglycémies fonctionnelles
        - Malaise (syndrome neurovégétatif) mais **jamais de PC** (à savoir)
- Trauma crânien (cf Polytraumatisme.)
    - TC avec PC brève : surveillance 24h, TDMc ± EEG etc..
    - Cause de CGTC et/ou syncope **ou** conséquence de celles-ci
    - Étiologies : Hématome extra-dural / Hématome sous-dural / HM traumatique
    - *Agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS)*
- Évènements non épileptiques (pseudo-crises épileptiques) :
    - Pas de véritable PC
    - Durée très (trop) prolongée
    - Mouvements anarchiques
    - Contexte biographique, ATCD psy
    - Résistance à l'ouverture des yeux, pas de blessure ou d'énurésie habituellement
        - !! le caractère traumatique, l'énurésie et la morsure de langue ne permettent cependant pas de réfuter une pseudo-crise épileptique
- Attaque de panique, "crise de tétanie"
- Ivresse aiguë
- AIT vertébrobasilaire : drop-attack
- Autres causes de malaise plus rares :
    - Ictus amnésique
    - Crise épileptique partielle
    - Narcolepsie-cataplexie

Diagnostic

Examen clinique devant toute PC

- Interrogatoire (+++ / témoins si possible)
    - Antécédents : cardiopathie / neurologiques / diabète / atcd familiaux de mort subite
    - Prises/intoxications : médicaments ++ / alcool / toxiques (à savoir)
    - Anamnèse : facteurs déclenchant / notion de traumatisme
    - Caractéristiques du malaise (5)
        - Prodromes +++ : brouillard visuel / palpitations / dyspnée, etc.
        - Circonstances de survenue : en décubitus, stress, post-prandial..
        - Perte de connaissance : complète ou incomplète / **durée** de la PC
        - Signes associés : pâleur / sueurs / perte d'urine / **mouvements** anormaux, etc.
        - Retour à la conscience : déficit post-critique / chute et conséquences
- Examen physique
    - Examen cardio-vasculaire
        - **PA** aux 2 bras ; couché/debout
            - Diagnostic d'**hypotension orthostatique** si ↓ **PAS** ≥ 20mmHg et/ou **PAD** ≥ 10mmHg à 1 et 3 min (jusqu'à 10 min si doute)
        - **Auscultation** cardiaque + TSA : **souffle** de RAo / carotidien (à savoir)
        - Recherche d'une hypersensibilité sino-carotidienne (massage carotidien)

      - !! si âge > 40 ans : pas avant auscultation des carotides
      - 5-10 sec par côté, couché et debout
    - FC / pouls (diabète) / insuffisance veineuse / signes d'IC
  - Examen neurologique
    - Rechercher signe focal / déficit sensitivo-moteur
    - Signe en faveur d'une cause générale ou focale d'épilepsie
  - Examen traumatologique
    - Recherche plaie / fracture / luxation (!! SAT-VAT si plaie)
    - Morsure de langue (!! pas d'orientation étiologique ; non spécifique)
  - !! NPO systématiquement (à savoir)
    - **ECG** 12 dérivations
    - **Glycémie capillaire**

Diagnostic « syndromique »

- Syncope
  - Symptomatologie typique
    - PC brutale complète à l'emporte-pièce (dite « Adams-Stoke »). Parfois :
      - Prodromes vagaux : NV, trouble transit, sueurs +/- froides
      - Douleur thoracique, dyspnée, palpitations
      - Signes d'hypoperfusion (tête "cotonneuse")
    - Pendant :
      - Durée brève : typiquement < **1min** (max: 2/3 min), réveil avant l'arrivée des secours
      - État de mort apparente : Pâleur, hypotonie, pas de pouls
    - Après :
      - Résolution spontanée et complète
      - **Pas de confusion** post-critique ++ (ou brève), **pas de somnolence**
      - NV, pâleur, asthénie possibles
    - *Possible : énurésie, morsure <u>bout</u> de langue,* ***myoclonies brèves (< 15s) dès 30s de PC***
  - Si PC incomplète = lipothymie
    - Sensation de faiblesse généralisée / "brouillard visuel", "tête cotonneuse"
    - Régression spontanée < 1min, pas de signes neurologique focal (sinon Accidents vasculaires cérébraux (AVC).)
    - !! Même signification diagnostique et pronostique qu'une syncope
- Crise comitiale
  - Prodrome
    - Aura inconstante
  - Crise généralisée tonico-clonique typique
    - Perte de connaissance brutale inaugurale (= chute)
    - Phase tonique (10-20s) : contraction musculaire généralisée + S végétatifs
    - Phase clonique (30s) : contractions musculaires rythmiques bilatérales
    - Phase résolutive (qq min) : perte d'urine + coma hypotonique
    - **Durée longue > 1 min, réveil dans le SMUR**
    - **Morsure bord latéral de langue, cyanose**
  - Signes post-critiques
    - Retour progressif à la conscience : **confusion** post-critique prolongée (≠ syncope), somnolence, céphalées, douleurs musculaires

- Stertor : respiration bruyante (cf sécrétions muqueuses pdt phase tonique)
- Au total : durée de l'épisode ~ **15-20min,** plus **long** que syncope +++

- Malaise hypoglycémique
  - Syndrome neurovégétatif: précède la PC
    - Signes adrénergiques
      - sueurs +++ / pâleur / tremblements
      - palpitations / tachycardie (voire angor)
  - Syndrome neuro-glucopénique
    - = glucopénie cérébrale : plus de compensation efficace
    - Tableau neurologique polymorphe +++
      - céphalées / diplopie / hémiplégie transitoire / paresthésie
      - sensation de froid / crise comitiale généralisée / confusion
- Perte de connaissance traumatique
  - Circonstance de survenue = traumatisme
  - ‼ Si intervalle libre : évocateur d'un HED

Diagnostic de gravité (drapeaux rouges)

- Arguments cliniques justifiant avis cardio dans les 24 h (à savoir)
  - PC au cours d'un effort physique
  - Dyspnée récente ou inexpliquée
  - Insuffisance cardiaque
  - Histoire familiale de mort subite avant 40 ans, ATCD familiaux de cardiopathie
  - Souffle cardiaque
  - Anomalie "significative" à l'ECG
    - TDR supra-ventriculaire soutenu
    - TDR ventriculaire (y compris extrasystoles ventriculaires)
    - Bradycardie persistante non appropriée, TDC
      - BAV de tout degré
      - BBD complet
      - BBG
    - Hypertrophie auriculaire ou ventriculaire
    - QT long (> 450 ms) ou court (< 350 ms)
    - Onde Q pathologique
    - Préexcitation ventriculaire (onde delta du WPW)
    - Syndrome de Brugada
    - Rythme électro-entraîné
    - Trouble de repolarisation (inversion onde T ++)
- Arguments cliniques justifiant avis neuro dans les 2 semaines
  - Morsure de langue
  - Déviation tête, posture anormale, mouvements des membres
  - Amnésie d'un comportement anormal (crise épileptique complexe)
  - Confusion post-critique
  - Prodrome à type d'impression de "déjà-vu" ou "jamais-vu" (impression que quelque chose arrive pour la première fois alors que c'est déjà arrivé)

Diagnostic étiologique

- ‼ seul l'ECG est indispensable / le reste dépend de l'orientation clinique

- Bilan paraclinique devant une syncope
  - Examens systématiques en urgence (5) +++
    - **ECG** de repos 12 dérivations (à savoir)
      - Diagnostic certain de cause électrique :
        - FC < 40 bpm, pauses sinusales > 3s
        - BAV haut degré
        - Bloc alternant
        - Tachycardie ventriculaire
        - Tachycardie supraventriculaire rapide > 150 bpm
        - Défaillance pacemaker
      - Oriente vers cause électrique => indication d'examens spécialisés
        - Bradycardie sinusale : FC 40-50 bpm, pauses < 3s
        - BB complet, bloc bifasciculaire
        - BAV2 M1
        - ESV nombreuses ou salves
        - WPW
        - QT long
        - Brugada
        - Signes de coronaropathie
    - **iono** (K+) / **troponine** / **glycémie** / **NFS**-protidémie (hypovolémie)
  - Examens spécialisés
    - Indications +++ :
      - Cause électrique suspectée
      - Cardiopathie sous-jacente
      - Absence d'orientation étiologique
    - Objectif N°1 = rechercher une cardiopathie sous-jacente :
      - ETT +++
      - Épreuve d'effort
      - BNP, tropo
    - Objectif N°2 = trouver mécanisme de la syncope
      - **Holter-ECG** des 24h ou télémétrie (scope) --> diagnostic de :
        - TDC de bon pronostic : dysfonction sinusale, BAV nodaux
        - TDC de mauvais pronostic : BAV infra-nodaux
        - TDR (mauvais pronostic)
      - **Électrophysiologie endo-cavitaire**
        - Indication : **anomalie ECG de repos ou ETT, mais Holter-ECG négatif**
        - Modalités : sous AL et sédation, stimulation ventriculaire programmée
        - Si déclenchement d'une TV ==> indication à la pose d'un DAI
      - **Test d'inclinaison** (Tilt-test)
        - Indication : Coeur sain et syncopes invalidantes
        - Objectif : diagnostic de syncope vaso-vagale
      - *Moniteur ECG implanté*
        - *En dernier recours, sur avis spécialisé*
        - *Peut être implanté jusqu'à 18 mois*
    - Tests non indiqués dans le bilan de syncope :
      - TDMc
      - EEG

      - Écho-doppler des TSAO
      - Test d'hyperglycémie provoquée ...
- Bilan paraclinique devant une crise comitiale (cf item 103)
  - Pour diagnostic positif : EEG
    - Indication : Systématique après tout 1er épisode évocateur d'une crise comitiale
    - ‼ Pas d'EEG systématique devant malaise/PC mal étiquetté sur le plan clinique
    - Modalités : à distance de la crise, sauf EME
    - Résultats : Anomalies paroxystiques inter-critiques (pointes / ondes / polypointes-ondes) / anomalies rythmes de fond
  - Pour diagnostic étiologique
    - Bilan biologique
      - Systématique: glycémie +++ / NFS-P / TP-TCA / iono-créat
      - +/- : PL si fièvre / alcoolémie / dosage urinaire toxique/médicaments
    - Imagerie cérébrale
      - IRM cérébrale injectée / à défaut TDM injecté
      - Systématique devant toute 1ere crise d'épilepsie et si chute + crise

Traitement

Prise en charge

- CAT pré-hospitalière (schéma P.A.S) devant toute PDC
  - Protéger: mettre le patient en lieu sûr / baliser la chaussée
  - Avertir: appeler SAMU (15) / Pompiers (18)
  - Secourir: allonger en PLS / libération des VAS
- Indications de l'hospitalisation devant une syncope aux urgences (à savoir)
  - Diagnostic avéré ou supposé (ECG) de TDR ou TDC à l'origine de la syncope
  - Syncope inexpliquée chez cardiopathe
  - Sujet jeune et ATCD familiaux mort subite
  - Trauma grave
  - Syncope d'effort
  - Syncope pendant décubitus
- Hospitalisation non obligatoire si :
  - Clinique et ECG normal chez sujet apparemment sain
  - Syncope vaso-vagale
  - Hypotension orthostatique après traitement spécifique (cf plus bas)

Traitement étiologique

- Devant une perte de connaissance syncopale
  - Syncope de cause cardiaque
    - Si trouble de conduction : indication formelle à un pace-maker (cf Troubles de la conduction intracardiaque)
    - Si rétrécissement aortique : indication formelle à une prothèse valvulaire (cf item 231)
  - Syncope réflexe / vaso-vagale
    - Education du patient +++ : éviter les facteurs déclenchant
    - CAT si prodromes / manoeuvre pour éviter la survenue (s'allonger ++)
    - Reprendre l'ordonnance : éviter les médicaments hypotenseurs
  - Syncope sur hypotension orthostatique
    - MHD : hydratation suffisante / lever progressif en 2 temps

- Bas de contention (à mettre avant le lever)
- Traitement médicamenteux (fludrocortisone hors AMM / midodrine Gutron®)

- Devant une perte de connaissance non syncopale
  - Crise comitiale
    - Pas d'indication à un traitement de fond si 1ère crise comitiale
    - Rechercher et traiter une étiologie (métabolique, neurologique..)
  - Hypoglycémie
    - En urgence : resucrage par G30 en IVD +/- glucagon et G10 ensuite
    - Au décours : reprendre éducation du patient sous insuline / sulfamide
  - Trauma crânien
    - Prise en charge des complications (HSD / HED)

Surveillance

- Consulter si récidive devant une 1ère PC

Synthèse pour questions fermées

Quelles sont les 4 causes mécaniques fréquentes de syncope ?
• RA serré • CMH obstructive • EP • Tamponnade

Quelles sont les 5 causes de syncope à l'effort ?
• RA serré • CMH obstructive • Angor de Prinzmetal • HTAP • Troubles du rythme ventriculaire

Quels sont les 5 examens biologiques à réaliser systématiquement en cas de syncope ?
• ECG • Kaliémie • Troponine • NFS • Glycémie